

....., dnia

.....
/pieczętka firmowa pracodawcy/

Powiatowy Urząd Pracy
w Pile

**WNIOSEK
O DOFINANSOWANIE KSZTAŁCENIA USTAWICZNEGO ZE ŚRODKÓW
KRAJOWEGO FUNDUSZU SZKOLENIOWEGO**

W ramach priorytetów Ministra Rodziny, Pracy i Polityki Społecznej:¹

- wsparcie kształcenia ustawicznego w zidentyfikowanych w województwie wielkopolskim zawodach deficytowych według „Barometru zawodów” (prognozy na 2018 r.) – proszę wymienić zawód/zawody, którego/ych dotyczy wnioskowane wsparcie:

.....,

- wsparcie kształcenia ustawicznego w związku z zastosowaniem w firmach nowych technologii i narzędzi pracy – należy udowodnić, że w ciągu jednego roku przed złożeniem wniosku bądź w ciągu trzech miesięcy po jego złożeniu zostały/zostaną zakupione nowe maszyny i narzędzia, bądź będą wdrożone nowe technologie i systemy, a pracownicy objęci kształceniem ustawicznym będą wykonywać nowe zadania związane z wprowadzonymi/planowanymi do wprowadzenia zmianami i przedstawić stosowne dokumenty, np. kopie dokumentów zakupu, decyzję dyrektora/zarządu o wprowadzeniu norm ISO, dokumenty potwierdzające wprowadzenie nowych technologii i systemów itp. oraz logiczne i wiarygodne uzasadnienie,
- wsparcie kształcenia ustawicznego osób, które mogą udokumentować wykonywanie przez co najmniej 15 lat prac w szczególnych warunkach lub o szczególnym charakterze, a którym nie przysługuje prawo do emerytury pomostowej – wykaz prac w szczególnych warunkach stanowi załącznik nr 1, a prac o szczególnym charakterze – załącznik nr 2 do ustawy z dnia 19 grudnia 2008 roku o emeryturach pomostowych (Dz.U. z 2008 Nr 237, poz. 1656 z późn. zm.).

¹ właściwe zaznaczyć

Podstawy prawne:

1. Ustawa z dnia 20 kwietnia 2004 r. o promocji zatrudnienia i instytucjach rynku pracy (Dz. U. z 2017 r., poz. 1065 ze zm.).
2. Rozporządzenie Ministra Pracy i Polityki Społecznej z dnia 14 maja 2014 r. w sprawie przyznawania środków z Krajowego Funduszu Szkoleniowego (Dz. U. z 2014 r., poz. 639, z późn. zm.).
3. Rozporządzenie Komisji (UE) nr 1407/2013 z dnia 18 grudnia 2013 r. w sprawie stosowania art. 107 i 108 Traktatu o funkcjonowaniu Unii Europejskiej do pomocy de minimis (Dz. Urz. UE L 352 z 24.12.2013, str. 1).
4. Rozporządzenie Komisji (UE) nr 1408/2013 z dnia 18 grudnia 2013 r. w sprawie stosowania art. 107 i 108 Traktatu o funkcjonowaniu Unii Europejskiej do pomocy de minimis w sektorze rolnym (Dz. Urz. UE L 352 z 24.12.2013, str. 9).
5. Rozporządzenie Komisji (UE) nr 717/2014 z dnia 27 czerwca 2014 r. w sprawie stosowania art. 107 i 108 Traktatu o funkcjonowaniu Unii Europejskiej do pomocy de minimis w sektorze rybołówstwa i akwakultury (Dz. Urz. UE L 190 z 28.06.2014, str. 45).
6. Rozporządzenie Rady Ministrów z dnia 29 marca 2010 r. w sprawie zakresu informacji przedstawianych przez podmiot ubiegający się o pomoc de minimis (Dz. U. z 2010 r. Nr 53, poz. 311, z późn. zm.).
7. Ustawa z dnia 30 kwietnia 2004 r. o postępowaniu w sprawach dotyczących pomocy publicznej (Dz. U. z 2007 r. Nr 59, poz. 404, z późn. zm.).

I. DANE PRACODAWCY

1. Pełna nazwa pracodawcy

.....
.....
.....

2. Adres siedziby pracodawcy

.....

telefon:

e – mail:

3. Adres do korespondencji

.....

4. Miejsce prowadzenia działalności

.....

5. Numer REGON.....

6. Numer NIP.....

7. Data rozpoczęcia prowadzenia działalności gospodarczej (zgodnie z wpisem w odpowiednim rejestrze).....

.....

8. Numer KRS (w przypadku spółek handlowych i kapitałowych).....

9. Oznaczenie przeważającej działalności (symbol podklasy prowadzonej działalności określony zgodnie z PKD).....

10. Liczba zatrudnionych pracowników na dzień składania wniosku²

11. Imię i nazwisko oraz stanowisko osoby uprawnionej do reprezentowania pracodawcy i zaciągania zobowiązań umownych (zgodnie z dokumentem rejestrowym lub załączonym pełnomocnictwem)

.....

12. Imię i nazwisko, numer telefonu, adres poczty elektronicznej osoby wskazanej przez pracodawcę do kontaktów z Urzędem

.....

13. Nazwa banku oraz numer konta bankowego

.....

14. Oświadczam, że na dzień składania wniosku jestem (zaznaczyć właściwe):

mikroprzedsiębiorcą – oznacza to przedsiębiorcę, który zatrudnia mniej niż 10 pracowników* i którego roczny obrót lub roczna suma bilansowa nie przekracza 2 milionów euro,

małym przedsiębiorcą – oznacza to przedsiębiorcę, który zatrudnia mniej niż 50 pracowników*

²Zatrudnienie zgodnie z art. 2 ust. 1 pkt 43 ustawy o promocji zatrudnienia i instytucjach rynku pracy oznacza wykonywanie pracy na podstawie stosunku pracy, stosunku służbowego oraz umowy o pracę nakładczą.

i którego roczny obrót lub roczna suma bilansowa nie przekracza 10 milionów euro,

- średnim przedsiębiorcą – oznacza to przedsiębiorcę, który zatrudnia mniej niż 250 pracowników* i którego roczny obrót nie przekracza 50 milionów euro lub roczna suma bilansowa nie przekracza 43 milionów euro,
- innym przedsiębiorcą.

* Liczba zatrudnionych osób odpowiada liczbie rocznych jednostek pracy (RJP), to jest liczbie pracowników zatrudnionych w pełnym wymiarze czasu pracy w obrębie danego przedsiębiorstwa lub w jego imieniu w ciągu całego uwzględnianego roku referencyjnego. Praca osób, które nie przepracowały pełnego roku, osób, które pracowały w niepełnym wymiarze godzin, bez względu na długość okresu zatrudnienia, lub pracowników sezonowych jest obliczana jako część ułamkowa RJP. W skład personelu wchodzi: pracownicy; osoby pracujące dla przedsiębiorstwa, podlegające mu i uważane za pracowników na mocy prawa krajowego; właściciele – kierownicy; partnerzy prowadzący regularną działalność w przedsiębiorstwie i czerpiący z niego korzyści finansowe. Praktykanci lub studenci odbywający szkolenie zawodowe na podstawie umowy o praktyce lub szkoleniu zawodowym nie wchodzi w skład personelu. Nie wlicza się okresu trwania urlopu macierzyńskiego ani wychowawczego.

II. DANE DOTYCZĄCE WYSOKOŚCI WNIOSKOWANEGO WSPARCIA

1. Całkowita wartość planowanych działań kształcenia ustawicznego, z tego:

- kwota wnioskowana z KFS:
(słownie:zł);
- kwota wkładu własnego (nie dotyczy mikroprzedsiębiorców)*:
(słownie:zł).

* przy wyliczaniu 20% wkładu własnego należy uwzględnić wyłącznie koszty samego kształcenia ustawicznego. Nie można uwzględnić kosztów, które ponoszone są w związku z udziałem pracowników w kształceniu ustawicznym, np. wynagrodzeń za godziny nieobecności w pracy w związku z uczestnictwem w zajęciach, kosztów delegacji w przypadku dojazdu do miejscowości innej niż miejsce pracy itp.

2. Uzasadnienie wyboru realizatora usługi kształcenia ustawicznego finansowanej ze środków KFS

KURS

- a) Dane dotyczące wybranego realizatora oraz uzasadnienie jego wyboru (należy odnieść się zwłaszcza do ceny kursu w odniesieniu do kosztu osobogodziny, jakości oferowanego programu kształcenia, doświadczenia instytucji szkoleniowej, doświadczenia kadry dydaktycznej, bazy dydaktycznej itp. w porównaniu do konkurencji na rynku usług szkoleniowych). **Wymienione informacje należy podać odrębnie dla każdego kursu.**

Nazwa kursu:

.....

Liczba godzin kursu:.....

Nazwa i siedziba realizatora:

.....

NIP:REGON:

Uzasadnienie wyboru realizatora (w porównaniu do konkurencji na rynku usług szkoleniowych):

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

Czy realizator kursu posiada certyfikat jakości oferowanych usług kształcenia ustawicznego?

TAK

NIE

Czy realizator kursu posiada aktualny wpis do Rejestru Instytucji Szkoleniowych lub Bazy Usług Rozwojowych?

TAK

NIE

STUDIA PODYPLOMOWE

- a) Dane dotyczące wybranego realizatora oraz uzasadnienie jego wyboru (należy odnieść się zwłaszcza do ceny studiów podyplomowych, jakości oferowanego programu kształcenia, doświadczenia kadry dydaktycznej, bazy dydaktycznej itp. w porównaniu do konkurencji na rynku). **Wymienione informacje należy podać odrębnie dla każdego kierunku studiów podyplomowych.**

Nazwa studiów podyplomowych:

.....

Liczba godzin/semestrów studiów podyplomowych:.....

Nazwa i siedziba realizatora:

.....

NIP:REGON:

Uzasadnienie wyboru realizatora (w porównaniu do konkurencji na rynku):

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

Czy realizator studiów podyplomowych posiada certyfikat jakości oferowanych usług kształcenia ustawicznego?

TAK

NIE

Czy realizator studiów podyplomowych wykonuje analizy skuteczności oferowanych usług?

TAK

NIE

Czy konieczność przeprowadzenia egzaminu umożliwi uzyskanie dokumentów potwierdzających nabycie umiejętności, kwalifikacji lub uprawnień zawodowych?

- TAK (proszę wskazać podstawę prawną)
- NIE

BADANIA LEKARSKIE I/LUB PSYCHOLOGICZNE

- a) Dane dotyczące wykonawcy oraz uzasadnienie jego wyboru (należy odnieść się zwłaszcza do ceny badań lekarskich i/lub psychologicznych, doświadczenia, konkurencyjności na rynku itp.). **Wymienione informacje należy opisać odrębnie dla każdego rodzaju badań.**

Nazwa badań lekarskich i/lub psychologicznych:

.....

Nazwa i siedziba wykonawcy:

.....

NIP:REGON:

Uzasadnienie wyboru wykonawcy (w porównaniu do konkurencji na rynku):

.....

.....

.....

Czy konieczność przeprowadzenia badań lekarskich i/lub psychologicznych jest niezbędna do podjęcia kształcenia lub pracy zawodowej po ukończonym kształceniu?

- TAK (proszę wskazać podstawę prawną)
- NIE

UBEZPIECZENIE NNW

- a) Dane dotyczące ubezpieczyciela oraz uzasadnienie jego wyboru (należy odnieść się zwłaszcza do ceny polisy, doświadczenia i pozycji ubezpieczyciela itp. w porównaniu do konkurencji na rynku).

Nazwa polisy ubezpieczeniowej:

.....

Nazwa i siedziba ubezpieczyciela:

.....

NIP:REGON:

Uzasadnienie wyboru ubezpieczyciela (w porównaniu do konkurencji na rynku):

.....

.....

.....

Czy konieczność ubezpieczenia NNW jest związana z podjętym kształceniem?

TAK

NIE

3. Planowane działania w ramach kształcenia ustawicznego pracodawcy i pracowników

Liczba osób objętych wnioskowanymi formami wsparcia ogółem:, w tym kobiety

Wyszczególnienie				Liczba pracodawców wg grup wiekowych				Liczba pracowników wg grup wiekowych:				Całkowita wysokość wydatków (100% kosztów)	Kwota z KFS (80% lub 100%)	Koszt na 1 uczestnika z KFS
				15-24 lata	25-34 lata	35-44 lata	45 i więcej lat	15-24 lata	25-34 lata	35-44 lata	45 i więcej lat			
Nazwa działania	Nazwa kursu	Liczba godzin kursu	Termin realizacji (od....do.... dzień/miesiąc/rok)											
KURS	1.													
	2.													
	3.													
	4.													
	5.													

Wyszczególnienie			Liczba pracodawców wg grup wiekowych				Liczba pracowników wg grup wiekowych:				Całkowita wysokość wydatków (100% kosztów)	Kwota z KFS (80% lub 100%)	Koszt na 1 uczestnika z KFS
			15-24 lata	25-34 lata	35-44 lata	45 i więcej lat	15-24 lata	25-34 lata	35-44 lata	45 i więcej lat			
Nazwa działania	Nazwa studiów podyplomowych	Termin realizacji (od....do.... dzień/miesiąc/rok)											
STUDIA PODYPLOMOWE	1.												
	2.												
	3.												
	4.												
	5.												
	6.												

Wyszczególnienie			Liczba pracodawców wg grup wiekowych				Liczba pracowników wg grup wiekowych:				Całkowita wysokość wydatków (100% kosztów)	Kwota z KFS (80% lub 100%)	Koszt na 1 uczestnika z KFS
			15-24 lata	25-34 lata	35-44 lata	45 i więcej lat	15-24 lata	25-34 lata	35-44 lata	45 i więcej lat			
Nazwa działania	Nazwa egzaminu	Termin realizacji (od....do.... dzień/miesiąc/rok)											
EGZAMIN	1.												
	2.												
	3.												
	4.												
	5.												
	6.												

Wyszczególnienie			Liczba pracodawców wg grup wiekowych				Liczba pracowników wg grup wiekowych:				Całkowita wysokość wydatków (100% kosztów)	Kwota z KFS (80% lub 100%)	Koszt na 1 uczestnika z KFS
			15-24 lata	25-34 lata	35-44 lata	45 i więcej lat	15-24 lata	25-34 lata	35-44 lata	45 i więcej lat			
Nazwa działania	Nazwa badań	Termin realizacji (od....do.... dzień/miesiąc/rok)											
BADANIA LEKARSKIE I/LUB PSYCHOLOGICZNE	1.												
	2.												
	3.												
	4.												
	5.												
	6.												

Wyszczególnienie			Liczba pracodawców wg grup wiekowych				Liczba pracowników wg grup wiekowych:				Całkowita wysokość wydatków (100% kosztów)	Kwota z KFS (80% lub 100%)	Koszt na 1 uczestnika z KFS
			15-24 lata	25-34 lata	35-44 lata	45 i więcej lat	15-24 lata	25-34 lata	35-44 lata	45 i więcej lat			
Nazwa działania	Nazwa polisy	Termin (od....do.... dzień/miesiąc/rok)											
UBEZPIECZENIE NNW	1.												
	2.												
	3.												
	4.												
	5.												
	6.												

OŚWIADCZENIE WNIOSKODAWCY

Świadomy/-a odpowiedzialności karnej za składanie fałszywych oświadczeń (art. 233 kk) oświadczam, że (zaznaczyć właściwe):

1. Jestem pracodawcą w rozumieniu art. 3 ustawy z dnia 26 czerwca 1974 r. – Kodeks Pracy;
2. Jestem / Nie jestem mikroprzedsiębiorcą, zgodnie z załącznikiem nr I do rozporządzenia Komisji (WE) nr 800/2008 z dnia 6 sierpnia 2008 r. uznającego niektóre rodzaje pomocy za zgodne ze wspólnym rynkiem w zastosowaniu art. 87 i 88 Traktatu (ogólne rozporządzenie w sprawie wyłączeń blokowych);
3. Prowadzę działalność gospodarczą / Nie prowadzę działalności gospodarczej w rozumieniu przepisów ustawy o swobodzie działalności gospodarczej oraz:
4. Spełniam warunki / Nie spełniam warunków / Nie dotyczy rozporządzenie komisji (UE) Nr 1407/2013 z dnia 18 grudnia 2013 r. w sprawie stosowania art. 107 i 108 Traktatu o funkcjonowaniu Unii Europejskiej do pomocy de minimis;
5. Spełniam warunki / Nie spełniam warunków / Nie dotyczy rozporządzenie komisji (UE) Nr 1408/2013 z dnia 18 grudnia 2013 r. w sprawie stosowania art. 107 i 108 Traktatu o funkcjonowaniu Unii Europejskiej do pomocy de minimis **w sektorze rolnym**;
6. Spełniam warunki / Nie spełniam warunków / Nie dotyczy rozporządzenie Komisji (WE) Nr 717/2014 z dnia 27 czerwca 2014 r. w sprawie stosowania art. 107 i 108 Traktatu o funkcjonowaniu Unii Europejskiej do pomocy de minimis **w sektorze rybołówstwa i akwakultury**;
7. Zalegam / Nie zalegam w dniu złożenia wniosku z wypłacaniem wynagrodzeń pracownikom oraz z opłacaniem należnych składek na ubezpieczenia społeczne, ubezpieczenia zdrowotne, Fundusz Pracy, Fundusz Gwarantowanych Świadczeń Pracowniczych oraz Fundusz Emerytur Pomostowych;
8. Zobowiązuję się do złożenia w dniu podpisania umowy dodatkowego oświadczenia o uzyskanej pomocy de minimis, jeżeli w okresie od dnia złożenia wniosku do dnia podpisania umowy otrzymam pomoc de minimis;
9. Wyrażam zgodę na zbieranie, przetwarzanie, udostępnianie i archiwizowanie danych osobowych dotyczących mojej osoby/podmiotu przez Powiatowy Urząd Pracy w Pile dla celów związanych z rozpatrywaniem wniosku oraz realizacją umowy, o której mowa w rozporządzeniu MPiPS z dnia 14 maja 2014 r. w sprawie przyznawania środków z Krajowego Funduszu Szkoleniowego (Dz. U. 2014 r., poz. 639 z późn. zm.), zgodnie z ustawą z dnia 29 sierpnia 1997 r. o ochronie danych osobowych (Dz. U. z 2014 r., poz. 1182 z późn. zm.);
10. Oświadczam, że wypełniłem obowiązki informacyjne przewidziane w art. 13 lub art. 14 RODO¹⁾ wobec osób fizycznych, od których dane osobowe bezpośrednio lub pośrednio pozyskałem w związku ze złożeniem wniosku o dofinansowanie kształcenia ustawicznego ze środków KFS*;
11. Przyznanie środków z KFS we wnioskowanej wysokości nie spowoduje przekroczenia limitu pomocy w wysokości 300% przeciętnego wynagrodzenia na jedną osobę w danym roku, o którym mowa w art. 69b ust. 1 ustawy z dnia 20 kwietnia 2004 r. o promocji zatrudnienia i instytucjach rynku pracy;
12. Jestem świadomy(-a), że kształcenie ustawiczne pracowników i pracodawcy w ramach Krajowego Funduszu Szkoleniowego jest finansowane ze środków publicznych i w związku z tym podlega szczególnym zasadom rozliczania;
13. Zapoznałem (-am) się z art. 69a i 69b ustawy z dnia 20 kwietnia 2004 r. o promocji zatrudnienia i instytucjach rynku pracy oraz z rozporządzeniem Ministra Pracy i Polityki Społecznej z 14 maja 2014 r. w sprawie przyznawania środków z Krajowego Funduszu Szkoleniowego;
14. Zapoznałem(-am) się z „Kryteriami przyznawania dofinansowania kształcenia ustawicznego pracodawców i pracowników z Krajowego Funduszu Szkoleniowego w 2018 roku”.
15. Zobowiązuję się do niezwłocznego powiadomienia Powiatowego Urzędu Pracy w Pile, jeżeli w okresie od dnia złożenia wniosku do dnia podpisania umowy zmianie ulegnie stan prawny lub faktyczny wskazany w dniu złożenia wniosku.

Świadomy/-a odpowiedzialności karnej za składanie nieprawdziwych danych (art. 233 k. k.) oświadczam, że dane zawarte w niniejszym wniosku i w załączonych do niego dokumentach są zgodne ze stanem faktycznym i prawnym, co potwierdzam własnoręcznym podpisem.

.....
miejsowość, data

.....
podpis i pieczęć pracodawcy

1) rozporządzenie Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) 2016/679 z dnia 27 kwietnia 2016 r. w sprawie ochrony osób fizycznych w związku z przetwarzaniem danych osobowych i w sprawie swobodnego przepływu takich danych oraz uchylenia dyrektywy 95/46/WE (ogólne rozporządzenie o ochronie danych) (Dz. Urz. UE L 119 z 04.05.2016, str. 1).

* W przypadku gdy pracodawca nie przekazuje danych osobowych innych niż bezpośrednio jego dotyczących lub zachodzi wyłączenie stosowania obowiązku informacyjnego, stosownie do art. 13 ust. 4 lub art. 14 ust. 5 RODO treści oświadczenia pracodawca nie składa (usunięcie treści oświadczenia np. przez jego wykreślenie).

KLAUZULA INFORMACYJNA

Zgodnie z art. 13 ust. 1 i 2 rozporządzenia Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) 2016/679 z dnia 27 kwietnia 2016 r. w sprawie ochrony osób fizycznych w związku z przetwarzaniem danych osobowych i w sprawie swobodnego przepływu takich danych oraz uchylenia dyrektywy 95/46/WE (ogólne rozporządzenie o ochronie danych) (Dz. Urz. UE L 119 z 04.05.2016, str. 1), dalej „RODO”, informuje się, że:

- administratorem Pani/Pana danych osobowych jest *Powiatowy Urząd Pracy w Pile, al. Niepodległości 24, 64-920 Pila, tel. (67) 215-11-27, e-mail: pup@pup.pila.pl;*
- Administrator wyznaczył Inspektora Ochrony Danych z którym można skontaktować się poprzez e-mail: *iod@pup.pila.pl;*
- Pani/Pana dane osobowe przetwarzane będą na podstawie art. 6 ust. 1 lit. c RODO w celu związanym z wnioskiem o dofinansowanie kształcenia ustawicznego ze środków Krajowego Funduszu Szkoleniowego;
- odbiorcami Pani/Pana danych osobowych będą tylko instytucje upoważnione z mocy prawa lub podmioty, którym dane muszą zostać udostępnione dla realizacji umowy;
- Pani/Pana dane osobowe będą przechowywane przez okres zgodny z „Jednolitym Rzeczym Wykazem Akt”;
- Administrator danych nie zamierza przekazywać danych osobowych do państwa trzeciego ani organizacji międzynarodowej;
- w odniesieniu do Pani/Pana danych osobowych decyzje nie będą podejmowane w sposób zautomatyzowany, stosowanie do art. 22 RODO;

- posiada Pani/Pan prawo do żądania dostępu do treści swoich danych osobowych, ich sprostowania, usunięcia lub ograniczenia przetwarzania, wniesienia sprzeciwu wobec przetwarzania, przenoszenia danych, prawo do cofnięcia zgody w dowolnym momencie oraz prawo do wniesienia skargi do organu nadzorczego;
- podanie danych jest dobrowolne, lecz niezbędne do realizacji celów wynikających z przepisów prawa lub realizacji umowy; w przypadku niepodania danych, wypełnienie powyższego celu nie będzie możliwe.

Przyjmuję do wiadomości:

data i czytelny podpis (imię i nazwisko)

Do wniosku należy dołączyć załączniki, które stanowią jego integralną część:

1. Wzór dokumentu potwierdzającego kompetencje nabyte przez uczestników, wystawiany przez realizatora usługi kształcenia ustawicznego;
2. Kopię dokumentu potwierdzającego oznaczenie formy prawnej prowadzonej działalności – w przypadku braku wpisu do Krajowego Rejestru Sądowego lub Centralnej Ewidencji i Informacji o Działalności Gospodarczej (np. może to być umowa spółki cywilnej wraz z ewentualnymi wprowadzonymi do niej zmianami lub statut w przypadku stowarzyszenia, fundacji czy spółdzielni lub inne dokumenty właściwe, np. dla jednostek budżetowych, szkół, przedszkoli);
3. Formularz informacji przedstawianych przy ubieganiu się o pomoc de minimis (według wzoru załączonego w ogłoszeniu o naborze);
4. Zaświadczenie/-a lub oświadczenie o pomocy de minimis (zał. nr 1 do wniosku) – na stronie Urzędu Ochrony Konkurencji i Konsumentów jest dostępna baza SUDOP w zakładce POMOC PUBLICZNA – SPRAWOZDAWCZOŚĆ – DANE O UDZIELONEJ POMOCY – SUDOP. Za pośrednictwem tej bazy istnieje możliwość wyszukiwania informacji odnośnie wielkości pomocy de minimis (nie dotyczy pomocy de minimis w rolnictwie lub rybołówstwie) jaką otrzymał w wymaganym okresie beneficjent pomocy publicznej;
5. Program kształcenia ustawicznego lub zakres egzaminu (zał. nr 2 do wniosku);
6. Oferta wybranego realizatora kształcenia uwzględniającą w szczególności analizę skuteczności usług oferowanych przez realizatora kształcenia (zał. nr 3 do wniosku);
7. Porównanie ceny wybranej oferty do ofert rynkowych (zał. nr 4 do wniosku);
8. Wykaz osób, które mają zostać objęte działaniami w ramach KFS (zał. nr 5 do wniosku);
9. Oświadczenie dot. planów dalszego zatrudniania osób, które będą objęte kształceniem ustawicznym (zał. nr 6 do wniosku);
10. Pełnomocnictwo określające jego zakres, podpisane przez osoby uprawnione do reprezentowania pracodawcy, w przypadku gdy pracodawcę reprezentuje pełnomocnik (oryginał lub kopię potwierdzoną notarialnie, lub za zgodność z oryginałem przez osobę/osoby uprawnione).

W/w załączniki winny być złożone w oryginale, za wyjątkiem określonym w pkt 2 i/lub 10, których kopie winny być potwierdzone za zgodność z oryginałem, pieczęcią oraz podpisem pracodawcy/osoby upoważnionej do reprezentowania pracodawcy.

PROGRAM
KURSU/ STUDIÓW PODYPLOMOWYCH/ZAKRES EGZAMINU*

1. Nazwa organizatora kursu/studiów podyplomowych/egzaminu:
.....
.....
2. Adres organizatora kursu/studiów podyplomowych/egzaminu:
.....
.....
3. Nazwa kursu/studiów podyplomowych/egzaminu:
.....
.....
4. Miejsce – adres zajęć teoretycznych, praktycznych kursu/studiów podyplomowych/
egzaminu:
.....
.....
.....
5. Czas trwania i sposób organizacji kursu/studiów podyplomowych/egzaminu:
 - a) Liczba godzin ogółem (dot. kursu);
zajęcia teoretyczne,
zajęcia praktyczne.....,
 - b) Termin kształcenia ustawicznego od - do.....;
 - c) Łączna liczba uczestników kursu/studiów podyplomowych/egzaminu planowana przez
organizatora kształcenia w ww. miejscu i terminie:.....;
 - d) Koszt osobogodziny:, koszt kształcenia na 1 osobę.....;
6. Wymagania wstępne dla uczestników:
 - a) Poziom wykształcenia
 - b) Rodzaj niezbędnych badań lekarskich i/lub psychologicznych niezbędnych do
rozpoczęcia kształcenia

* w przypadku ubiegania się o dofinansowanie kilku form kształcenia ustawicznego - niniejszy program należy przedłożyć osobno dla każdej formy.

7. Cel kursu/studiów podyplomowych/egzaminu:

.....
.....
.....,

8. Ramowy plan nauczania (dot. kursu lub studiów podyplomowych):

Lp.	Kluczowe tematy zajęć
1.	
2.	
3.	
4.	
5.	
6.	
5.	
6.	
7.	
8.	
9.	
10.	

9. Nabyte kwalifikacje / rodzaj uprawnień / typ dokumentu potwierdzającego ukończenie kształcenia:

.....
.....
.....
.....,

.....

/pieczęć i podpis realizatora kształcenia/

Oferta kształcenia ustawicznego

(wypełnia realizator kursu/studiów podyplomowych)

„ ”
/nazwa kształcenia ustawicznego/

I. DANE DOTYCZĄCE REALIZATORA KSZTAŁCENIA USTAWICZNEGO

1. Nazwa realizatora
2. Adres
tel. fax
3. NIP
4. Czy realizator kształcenia posiada aktualny (na rok bieżący) wpis do Rejestru Instytucji Szkoleniowych?
 TAK (proszę podać nr wpisu)
 NIE
5. Czy realizator kształcenia posiada wpis do Bazy Usług Rozwojowych?
 TAK
 NIE
6. Czy realizator kształcenia wykonuje analizę skuteczności oferowanych usług?
 TAK
 NIE
7. Czy realizator kształcenia posiada certyfikat jakości usług?
 TAK
 NIE
8. Czy realizator posiada doświadczenie w zakresie prowadzenia kształcenia we wnioskowanym przez pracodawcę zakresie?
 TAK
 NIE

II. INFORMACJE DOTYCZĄCE KSZTAŁCENIA USTAWICZNEGO

1. Liczba uczestników -
2. Liczba godzin lub liczba dni (semestrów) kształcenia -
3. Czas trwania kształcenia ustawicznego - dni:
 - a) data rozpoczęcia kształcenia ustawicznego
 - b) data zakończenia kształcenia ustawicznego
4. Miejsce kształcenia ustawicznego:
5. Koszty kształcenia ustawicznego:
 - ogółem -
 - dla jednej osoby -
6. Rodzaj dokumentów potwierdzających ukończenie kształcenia ustawicznego:
 - dokument potwierdzający kompetencje nabyte przez uczestników wynikający z przepisów powszechnie obowiązujących (proszę wymienić rodzaj dokumentu wraz z podstawą prawną):
.....
.....
 - dokument potwierdzający kompetencje nabyte przez uczestników nie wynikający z przepisów powszechnie obowiązujących – **wzór dokumentu potwierdzającego kompetencje nabyte przez uczestników należy załączyć do oferty kształcenia ustawicznego.**

.....
pieczęć i podpis realizatora
kursu/studiów podyplomowych

Porównanie ofert rynkowych dotyczących planowanego kształcenia ustawicznego

Lp.	Wyszczególnienie	Oferta wybrana	Oferta I	Oferta II	Oferta V	Oferta VI
1.	Rodzaj i nazwa kształcenia ustawicznego:					
2.	Nazwa i adres realizatora kształcenia ustawicznego:					
3.	Planowany termin realizacji kształcenia ustawicznego:					
4.	Cena kształcenia ustawicznego ogółem					
5.	Cena kształcenia ustawicznego w przeliczeniu na 1 osobę					
6.	Liczba godzin kursu/liczba dni (semestrów) kształcenia ustawicznego					

Oświadczam, że dokonałem(am) rozeznania rynku ww. usług w przedmiotowym zakresie. Racjonalność oraz gospodarność wydatkowania środków KFS potwierdzam pozyskanymi ofertami (opisanymi w tabeli), które zobowiązuję się przedstawić na każde żądanie Powiatowego Urzędu Pracy w Pile, aż do końca okresu obowiązywania umowy o dofinansowanie kształcenia ustawicznego ze środków KFS.

.....
/miejsowość, data/

.....
/pieczęć, podpis/

Wykaz osób, które mają zostać objęte działaniami w ramach KFS

Lp.	Imię i nazwisko	Wiek	Stanowisko służbowe	Forma pomocy*	Nazwa kursu/studiów podyplomowych/egzaminu	Termin realizacji (od...do.... dzień/miesiąc/rok)	Poziom wykształcenia**	Czy osoba wykonuje pracę w szczególnych warunkach lub o szczególnym charakterze?***	Sposób zatrudnienia pracowników i okres obowiązywania umowy (od...do....)
1.								<input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> NIE	
2.								<input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> NIE	
3.								<input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> NIE	
4.								<input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> NIE	
5.								<input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> NIE	
6.								<input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> NIE	
7.								<input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> NIE	
8.								<input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> NIE	
9.								<input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> NIE	
10.								<input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> NIE	

.....
/data, podpis i pieczęć
wnioskodawcy lub osoby uprawnionej
do reprezentowania wnioskodawcy/

* proszę wskazać formę wnioskowanej pomocy: kurs, studia podyplomowe, egzamin, badania lekarskie i/lub psychologiczne, ubezpieczenie NNW

** proszę wskazać poziom wykształcenia: podstawowe / gimnazjalne, zasadnicze zawodowe, średnie ogólnokształcące, policealne / średnie zawodowe, wyższe

*** zaznaczyć właściwe

Wykaz osób, które mają zostać objęte działaniami w ramach KFS (c.d.)

Wyszczególnienie		Liczba pracodawców	Liczba pracowników	
			razem	kobiety
Objęci wsparciem KFS ogółem				
Uczestnicy działań finansowanych ze środków KFS	według rodzaju wsparcia	kursy		
		studia podyplomowe		
		egzaminy		
		badania lekarskie i/lub psychologiczne		
		ubezpieczenie NNW		
	według poziomu wykształcenia	wyższe		
		policealne i średnie zawodowe		
		średnie ogólnokształcące		
		zasadnicze zawodowe		
		gimnazjalne i poniżej		
	według grup wielkich zawodów i specjalności	Przedstawiciele władz publicznych, wyżsi urzędnicy i kierownicy		
		Specjaliści		
		Technicy i inny średni personel		
		Pracownicy biurowi		
		Pracownicy usług i sprzedawcy		
		Rolnicy, ogrodnicy, leśnicy i rybacy		
		Robotnicy przemysłowi i rzemieślnicy		
		Operatorzy i monterzy maszyn i urządzeń		
		Pracownicy przy pracach prostych		
		Siły zbrojne		
		Bez zawodu		
	wykonujący pracę w szczególnych warunkach oraz pracę o szczególnym charakterze			
	w tym osoby mogące udokumentować wykonywanie przez co najmniej 15 lat pracy w szczególnych warunkach lub pracy o szczególnym charakterze, którym nie przysługuje prawo do emerytury pomostowej			

**OŚWIADCZENIE PRACODAWCY DOT. DALSZEGO ZATRUDNIENIA
PRACOWNIKÓW OBJĘTYCH WSPARCIEM**

Świadomy/a odpowiedzialności karnej za złożenie fałszywego oświadczenia, o której mowa w art. 233 § 1 Kodeksu karnego oświadczam, że od dnia zakończenia realizacji kształcenia ustawicznego zamierzam nadal zatrudniać pracownika/ów objętych ww. wsparciem (zaznaczyć właściwe):

- na okres do 1 roku,
- na okres powyżej 1 roku.

.....
/data, podpis i pieczęć
wnioskodawcy lub osoby uprawnionej
do reprezentowania wnioskodawcy/

W przypadku ubiegania się o dofinansowanie kształcenia ustawicznego przez pracodawcę proszę opisać plany co do działania swojej firmy w przyszłości:

.....
.....
.....
.....
.....
.....

.....
/data, podpis i pieczęć
wnioskodawcy lub osoby uprawnionej
do reprezentowania wnioskodawcy/